

Consentement et Renonciation Tatouage/Piercing

Consentement complet et renonciation de responsabilité pour les services de tatouage et piercing, y compris la vérification de l'âge et le dépistage de santé

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Informations du Service

Type de Service *

☐ Tatouage

☐ Piercing Corporel

☐ Tatouage et Piercing

☐ Retouche/Couverture de Tatouage

Description du Service *

Nom de l'Artiste/Perceur

Vérification de l'Âge

Vous devez avoir au moins 18 ans pour recevoir des services de tatouage ou piercing. Une pièce d'identité valide avec photo délivrée par le gouvernement est requise. Si vous avez moins de 18 ans, un parent ou tuteur légal doit être présent et signer l'Affidavit de Consentement du Mineur/Parental.

Je confirme que j'ai au moins 18 ans *

☐ Oui, j'ai 18 ans ou plus

☐ J'ai moins de 18 ans et mon parent/tuteur est présent

Type de Pièce d'Identité Gouvernementale *

☐ Permis de Conduire

☐ Carte d'Identité

☐ Passeport

☐ Carte Militaire

4 derniers chiffres du numéro d'identification *

Dépistage de Santé et Sécurité

Êtes-vous actuellement sous l'influence de l'alcool ou de drogues? *

☐ Non, je suis sobre ☐ Oui

Important: Nous ne pouvons pas fournir de services aux personnes sous l'influence de l'alcool ou de drogues. C'est pour votre sécurité et pour assurer les meilleurs résultats.

Avez-vous l'une des conditions suivantes?

- | | |
|--|--|
| ☐ Hémophilie ou trouble de la coagulation | ☐ Diabète |
| ☐ Épilepsie ou trouble convulsif | ☐ Condition cardiaque |
| ☐ VIH, Hépatite B ou C | ☐ Maladie de la peau (eczéma, psoriasis, dermatite) |
| ☐ Antécédents de cicatrices chéloïdes | ☐ Actuellement enceinte ou allaitante |
| ☐ Trouble du système immunitaire | ☐ Aucune de ces conditions |

Énumérez toute allergie connue (latex, métaux, colorants, anesthésiques topiques) *

Prenez-vous actuellement des médicaments (y compris des anticoagulants)?

Renonciation de Responsabilité

Reconnaitances et Renonciation de Responsabilité:

1. Je comprends que les tatouages et les piercings impliquent de percer la peau avec des aiguilles, ce qui comporte des risques inhérents incluant mais ne se limitant pas à: infection, cicatrices, formation de chéloïdes, réaction allergique, lésions nerveuses et cicatrisation prolongée.
2. Je confirme que le studio m'a expliqué la procédure, les risques et les soins post-procédure à ma satisfaction.
3. Je comprends que le studio utilise des aiguilles stériles à usage unique et respecte tous les règlements de santé et sécurité applicables.
4. J'accepte que le résultat final d'un tatouage dépend de nombreux facteurs, notamment le type de peau, le respect des soins post-procédure, l'exposition au soleil et le vieillissement naturel.
5. Je comprends que les bijoux de piercing ne doivent pas être retirés pendant la période de cicatrisation et que ce faire peut entraîner la fermeture du piercing.
6. J'accepte de suivre toutes les instructions de soins post-procédure fournies.
7. Je reconnais que les retouches sont soumises à la politique de retouche du studio.
8. Je libère le studio, ses artistes et ses employés de toute réclamation, dommage ou responsabilité découlant des services fournis aujourd'hui.

J'ai lu la renonciation de responsabilité dans son intégralité et j'accepte volontairement ses conditions. Je comprends les risques associés au service que je reçois.

J'ai lu et j'accepte la renonciation de responsabilité: _____

Journal de Service

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Encre / N° Lot	Aiguille
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et Signature

En signant ci-dessous, je certifie que je suis d'âge légal (ou accompagné d'un parent/tuteur), que je ne suis pas sous l'influence de drogues ou d'alcool, que j'ai divulgué toutes les conditions de santé pertinentes, et que je donne volontairement mon consentement au service de tatouage/piercing décrit ci-dessus. J'accepte l'entière responsabilité de ma décision et libère le studio de toute responsabilité.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et je comprends les informations ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.